Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. Walter Schulte

Zur Auslösung der Manie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Heide Fritz, geb. Paul
aus Böblingen

1970

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547603_0081

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. Walter Schulte

Zur Auslösung der Manie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Heide Fritz, geb. Paul
aus Böblingen

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. R. Tölle
2. Berichterstatter: Professor Dr. Dr. W. Schulte

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v.Spangenberg KG • Tübingen

Für die freundliche Überlassung des Themas der vorliegenden Arbeit möchte ich Herrn Prof. Dr.Dr.h.c. W.Schulte herzlich danken.

Herrn Priv.-Doz. Dr. R.Tölle danke ich für die jederzeit hilfreiche Unterstützung bei der Bearbeitung des Themas.

Inhaltsverzeichnis

		Seite:
I.	Fragestellung	1
II.	Literatur	1
	1. Symptomatik und Verlauf der Manie	1
	2. Auslösung der Manie	6
III.	Methodik	1o
IV.	Ergebnisse	14
	1. Kasuistik	14
	2. Statistische Befunde	23
V.	Diskussion	26
VI.	Zusammenfassung	28
VII.	Literaturverzeichnis	29

Zur Auslösung der Manie

I. Fragestellung

Die Manie gilt als eine typische endogene d.h. anlagebedingte Erkrankung. Nach der traditionellen Auffassung sind psychoreaktive Faktoren nicht als ursächlich oder auslösend anzusehen. Nachdem SCHULTE, KINKELIN und BLANKENBURG sich speziell mit diesem Thema befaßt haben, untersuchten wir das Material der Nervenklinik Tübingen, in besonderem Hinblick auf die manischen Phasen von 1oo Patienten aus den Kliniksjahrgängen 195o - 1967. Teilweise konnten wir eine gezielte Exploration der Patienten selbst vornehmen, zum größten Teil mußten wir uns auf die Angaben aus den Krankengeschichten verlassen.
Die Befunde zur Auslösung wurden mit Merkmalen der Persönlichkeit und Psychose korreliert.

II. Literatur

1. Symptomatik und Verlauf der Manie

Aus der Medizingeschichte wissen wir, daß die Manie schon zu Zeiten Aristoteles und Ätius bekannt war und von diesen behandelt wurde. Eine einheitliche Auffassung über das Krankheitsbild der Manie war aber auch bis ins 19. Jahrhundert noch nicht vorhanden.

Auch MENDEL (1861) traf noch keine genauere Differenzierung zwischen Schizophrenie und circulären Erkrankungen. Er ging von einer Aufteilung der Manie aus, die von der heutigen

Auffassung abweicht. Er unterschied zwischen Rezidiv- einfacher und periodischer Manie und charakterisierte die Manie als eine Psychose, die durch einen krankhaft beschleunigten Ablauf der Vorstellungen und krankhaft gesteigerte Erregbarkeit der motorischen Hirnzentren gekennzeichnet ist. GRIESINGER fasste im selben Jahr (1861) den Begriff der Manie sehr weit, er schloß alle spychischen Exaltationszustände ein. MAYSER (1899) vertrat sogar eine der heutigen Auffassung entgegengesetzte Meinung. Er stellte fest, die Manie habe zwar eine große Neigung zu Rezidiven, dürfte aber nicht den periodischen Psychosen zugerechnet werden.

KRAEPELIN (1904) fasst dann unter dem Begriff des manisch-depressiven Irreseins alle periodischen Manien und die Melancholien zusammen. Er trennte diese Krankheitsgruppe der circulären Psychosen von den schizophrenen Erkrankungen.
PILCZ stellte 1904 fest, daß die echte Manie sehr selten sei und daß die überwiegende Anzahl manischer Phasen einer circulär, oder einfach periodisch verlaufenden Geistesstörung zuzuordnen seien. Auch BLANKENBURG ist 1967 der Meinung, daß die endogene Manie schwer aus dem Gesamtverband der Cyclothymie gerissen werden kann.

In der Symptomatik wird die Manie heute allgemein durch drei Grundsymptome gekennzeichnet: Erstens, die gehobene Stimmung, zweitens, die Ideenflucht und drittens, die psychomotorische Erregung; oder wie BINSWANGER es ausdrückt, die abnorme Erleichterung der zentrifugalen Funktion des Entschliessens, des Handelns und des psychischen Teils der Motilität. Die typische Manie ist jedoch eher eine Ausnahme. ZEH 1956 nennt den Wahn ein Hauptsymptom der Manie.

Mehrere Autoren haben auf die schizophrenen Symptome hingewiesen, die im Laufe einer Manie einmal auftreten können. J.LANGE (1922) schreibt dazu, daß die man.-depr.. Erkrankungen im jugendlichen Alter oft unter starken schizophrenieverdächtigen Erscheinungen ablaufen. Auch WEITBRECHT (1960) meint, daß die

Manie häufig ein Symptom einer beginnenden schizophrenen Psychose sein kann und damit eine beginnende reine Manie von einer Schizophrenie mit manischen Zügen nicht genau zu trennen ist. Eine verworrende Manie könne auf ihrem Höhepunkt vorübergehend einmal "überkochen" und schizophren wirken. Diese Beobachtung zeigt, daß es unter Umständen schwierig sein kann, beide Krankheitsbilder anfänglich voneinander zu trennen. SCHRÖDER befasste sich bereits 192o mit dem gleichen Problem. Er machte, wie K.SCHNEIDER (1919) die auch heute noch gültige Erfahrung, daß manische Phasen, die atypisch begannen, dann am weiteren phasischen Verlauf noch als Manien erkannt werden konnten. KINKELIN (1954) stellte bei 1/7 aller man.-depr. Erkrankungen schizophrene Symptome fest und sie machte weiterhin die Erfahrung, daß bei einem Viertel aller vor dem 3o. Lebensjahr erkrankten Maniker sich später schizophrene Züge entwickelten, oder daß die Erkrankung sogar in eine ausgesprochene Schizophrenie überging. BLANKENBURG (1967) fand anhand seines Untersuchungsmaterials, daß Mischpsychosen, die mit schizophrener Symptomatik beginnen, später häufig aber eindeutig manisch-depressive Züge aufweisen und dem Krankheitsbild der Zyklothymie zuzuordnen sind.

Über das Vorkommen und die Häufigkeit der Manie schrieb PICK (1894), das circuläre Irresein komme vorwiegend in den gebildeten Schichten vor. Auch stellte BUMKE (1948) fest, daß mit Höhe des Kulturkreises die man-depr. Erkrankungen zunehmen und die schizophrenen ab. Er schloß daraus, daß Thymopathen im allgemeinen gebildete Menschen sind.

Was die Häufigkeit in den verschiedenen Ländern betrifft, so machten die man.-depr. Erkrankungen in Östreich 1911 1o - 15% aller Kliniksaufnahmen aus (STRANSKY). In Schweden waren es 1945 9% (LUNDQUIST) und in der Schweiz 5,5% im Jahre 1954 (KINKELIN). Damit ist die wahre Morbidität natürlich nicht erfasst, da ja nur die Klinikaufnahmen verwertet worden sind und längst nicht

alle Psychosen zur Aufnahme kommen.

Zur Geschlechtsabhängigkeit der Erkrankungen sind in der Literatur in den einzelnen Ländern sehr verschiedene Zahlen veröffentlicht worden. So ergeben sich folgende Werte; in Schweden fallen 6o% der Erkrankungen auf das weibliche Geschlecht (LUNDQUIST) 1945. In der Schweiz berichtet KINKELIN (1954) von einem Verhältnis bei Männern und Frauen wie 1:1. Über die Geschlechtsverteilung in Deutschland gibt BUMKE 1948 an, daß beide Geschlechter eine gleiche Frequenz der Erkrankungen zeigen, im Gegensatz zu SAIZ (19o7), der ein starkes Überwiegen der Frauen gegenüber den Männern fand, sogar in einem Verhältnis von 4:1. Nach BLEULER (1943) entfallen auf das weibliche Geschlecht 7o% der Erkrankungen. H. MEYER und R.BÖTTINGER (1957) untersuchten von 1946 - 1954 3478 Cyclothymien, darunter 67 mit reinen manischen Phasen, 43 Männer und 25 Frauen. Die Zahlen stehen in deutlichem Gegensatz zu den oben angeführten Zahlen.

Der typische Körperbau der man.-depr. Erkrankten ist nach KRETSCHMER (1967) die pyknische Konstitution (64%). MÜLLER (1949) und LANGE (1942) stellten eine "hohe" aber nicht in Zahlen angegebene Affinität zur pyknischen Konstitution fest. KINKELIN (1954) erhielt einen Wert von 53%.
Bei Untersuchungen zum Ersterkrankungsalter fand SAIZ (19o7) daß 4o% der Patienten im Alter zwischen 15 - 19 Jahren waren. BUMKE (1948) fand die höchste Zahl der Erkrankungen im Alter zwischen 15 - 25 Jahren. Bei KINKELIN (1954) erkrankten 3/4 aller Manisch-Depressiven zwischen dem 2o. - 5o. Lebensjahr. Wie bei allen endogenen Psychosen so wird auch bei der Manie die Symptomatik durch das Lebensalter geprägt. Nach ZEH (1956) findet man im Erwachsenenalter die stilreinste Manie. Die jugendliche Manie zeigt, wie schon oben beschrieben, häufig schizophrene Züge. Die Manie im Rückbildungsalter zeichnet sich durch häufigere paranoide Züge aus. Auch spricht

er von einer Altersfärbung der Manie und will damit ausdrücken, daß die Symptomatik der Manie im höheren Lebensalter anders ist als bei jüngeren Patienten. Die ausgesprochene Altersmanie ist charakterisiert durch ein allgemeines Matterwerden der cycloiden Symptomatik. Außerdem sind die Psychosen auch durch die landschaftseigentümliche Gestaltung gefärbt. ZEH (1956) teilt die Manie, je nach Betonung des einen oder anderen Symptoms in verschiedene Arten ein. Nach ihm gibt es;

a) eine heitere, fröhliche, freudige Manie mit Exaltation der Lebensgefühle, selten.
b) eine gereizte, zornmütige, streitsüchtige, aggressive Manie.
c) eine erregte, tobsüchtige Manie, (häufigste Erscheinungsform)
d) eine ideenflüchtige Manie,(seltenes Vorkommen)
e) eine verworrene Manie,(meist Höhepunkt der Psychose)
f) eine expansive, erregte, enthemmte, euphorische Manie mit Denkstörungen.

LANGE (1928) hält die gereizte Manie für die häufigste und die reine Manie für die seltenste Form.

WEITBRECHT hat 1960 berichtet, daß von den Cyclothymien zwei Drittel rein depressiv seien und nur ein Drittel auch manische Episoden aufweise. Wenn die Erkrankung mit einer Manie beginne, dann sei ein ausschließlicher manischer Verlauf möglich. Die einfache Manie (d.h. eine nur einmalig vorkommende man.Phase) wird von STRANSY (1911) und Müller (1936 u. 1949) und KINKELIN (1954) als sehr selten bezeichnet. BUMKE (1949) hat ihr Vorkommen ganz bestritten. Die periodische Manie ist etwas häufiger als die einfache. Die Wahrscheinlichkeit, daß sich eine einfache Manie wiederholt, wird von den verschiedenen Autoren unterschiedlich beurteilt. Nach LANGE (1928) aind es 88%, nach POLLOCK (1931) 44%, nach FULLER 33% und nach KINKELIN (1954) 84,3%. Ebenso machte WESTPHAL schon 1904 die Erfahrung, daß es selten bei "einem" manischen Anfall blieb. KINKELIN (1954) stellte anhand ihrer langjährigen Untersuchungen fest; wenn eine circuläre

Psychose mit einer manischen Attacke beginnt, ist die Richtungsprognose weniger günstig, als wenn sie mit einer depressiven Phase beginnt. Nach LANGE (1922) beginnt jedoch eine Cyclothymie häufiger mit einer depressiven als mit einer manischen Phase.

2. Auslösung der Manie

Obwohl die Manie als eine typische endogene, das heisst von äusseren Faktoren unbeeinflusste Erkrankung angesehen wird und die fehlende Motivierung als ein wesentliches Merkmal gilt, versuchte man doch schon Ende des letzten Jahrhunderts Faktoren zu finden, die ursächlich oder auslösend für die Erkrankung sein könnten.
Hierbei ergaben sich somatische und psychoreaktive Faktoren wie auch Struktureigentümlichkeiten der Persönlichkeit, die als auslösender Faktor eine Rolle spielten.
Schon KRAEPELIN (1881) meinte, daß akute Infektionskrankheiten oder heftige Gemütserschütterungen auf vorbereitetem Boden den letzten Anstoß zum Ausbruch der Krankheit geben können. MEYNERT (1890) fand, daß sich die Manie aus Blutarmut, durch Überbürdung oder auch durch Affekte entwickelte und zwar dadurch, daß diese Faktoren eine fortwährende Arterienschwäche bewirkten. Auch WESTPHAL (1904) fand neben psychischen, auslösend wirkende somatische Faktoren. Unter somatischen Einflüssen verstand er zum Beispiel Kopftraumen, Insolation oder Herzkrankheiten. Auch könne bei Frauen u.U. Menstruation, Wochenbett und Laktation Anstoß für eine Manie geben. Ebenso räumte BUMKE (1948) ein, daß die Ursachen der Manie auch exogener Natur sein könnten, wie zum Beispiel Hirnverletzungen, Infektionen oder Vergiftungen. Auch BLANKENBURG (1967) fand immer wieder die maniforme Psychosen nach Kopftraumen, wo manchmal erst der weitere Verlauf die Endogenität aufklärte.
An psychoreaktiven Faktoren fand WESTPHAL (1904) Schreck und geistige Überanstrengung, welche nicht selten auslösend wirkten.

SCHILDER (1928) interpretierte das Vorkommen reaktiver Manien in unerledigten Konfliktsituationen folgendermaßen: Unangenehmes Erleben stelle einen Weckruf an die Heiterkeit dar und setze sie zur Abwehr des Konflikterlebens in Bewegung, dabei sei aber auch der konstitutionnelle Faktor nicht zu vernachlässigen. LANGE (1928) stellte fest, daß die psychogene Auslösung bei Frauen dreimal so häufig ist als bei Männern. BLEULER (1943) fand, daß 10% aller manisch und depressiven Phasen psychogen ausgelöst werden. SCHULTE (1951) berichtet, daß seelische Störungen, die nach einer Belastung aufgetreten waren, sich in Form einer Manie manifestieren, bzw. eine depressive Phase coupieren können. Bei Fällen ausgelöster Manien fand er 1958, daß chronische Konflikte und Dauerbelastungen mehr pathogen wirken als einmalige Angst- und Schreckenserlebnisse. Als ursächliche Faktoren sieht er solche Erlebnisse nicht an, sondern als pathoplastische und provozierende Faktoren im Sinne einer Vorverlegung der Manifestation. Auch BLANKENBURG (1964) fand als auslösendes Moment ausschließlich traurige, nie aber beglückende Erlebnisse.und er ist wie wir der Meinung, daß der Belastungscharakter der Manie biologisch und physiologisch einleuchtend ist.

Auch an Struktureigentümlichkeiten der Persönlichkeit wurde schon Anfang dieses Jahrhunderts gedacht und ob diese nicht bei reaktiv ausgelösten Manien eine Rolle spielen.
BUMKE (1909) und BONNHOEFFER (1928) äusserten zur reaktiven Manie; sie zeige sich lediglich bei konstitutionell hypomanischen Persönlichkeiten, die durch irgendwelche freudigen Ereignisse in eine Phase gesteigerter Mitteilsamkeit gelangen, die über das normale Mass hinausgeht.
Auch LANGE (1928) nahm an, daß Manien reaktiv entstehen können, jedoch nur auf konstitutionell geeigneten Boden. Er hielt Manien, die sich an ein trauriges Erlebnis anschließen, nicht für reaktiv bedingt, da es sich nur um einen Auslösefaktor handle, der nicht ursächlich, sondern nur provozierend wirke.

BOSTROEM (1926) vermutete eine exogene Auslösung der manischen Psychose besonders, wenn sich anfangs exogene Symptome im Zustandsbild zeigen. Nach ihm ist die Psychose auch jeweils gefärbt durch die Art der exogenen Auslösung. " Das Exogene kann das Endogene weitgehend überlagern und färben". So stelle die verworrene Manie nicht eine Steigerung der üblichen Manie dar, sondern es handle sich um das Zusammentreffen einer exogenen Noxe mit einer manischen Veranlagung. Ebenso machte er die Feststellung, daß die Manien entschieden mehr Berührungspunkte mit den symptomatischen Psychosen haben, als die Depressionen. BINSWANGER (1960), HÄFNER (1962) und TELLENBACH (1965) versuchten durch Beobachtung der Biografie Struktureigentümlichkeiten der manischen Lebensform zu erforschen. Dabei decken sich die Ergebnisse der Autoren weitgehend. Sie kamen zu dem Schluß, daß eine bestimmte Familienkonstellation häufig bei Manikern und auch bei Patienten mit Cyclothymien vorkommt und als lebensgeschichtlicher Faktor eine Rolle spielt. Dabei nimmt die Mutter die nachgiebige und der Vater die despotisch beherrschende und unterdrückende Rolle ein. Die sorgfältigsten Studien zur Häufigkeit der reaktiv ausgelösten Manie kamen von KINKELIN (1954) und BLANKENBURG (1964). Beide stellten Untersuchungsreihen an, bei denen in weitgehender Übereinstimmung die gleichen Ergebnisse erzielt wurden. KINKELIN stellte bei 7% der Manien eine Auslösung fest und zwar bei 36% der Fälle somatischer und bei 48% psychischer Art; bei 16% erschien die Auslösung sowohl psychisch als auch somatisch bedingt. BLANKENBURG (1964) fand bei seinen Untersuchungen bei rund 22% der Manien ein auslösendes Moment. Davon waren 7,8% somatisch und 14,8% psychoreaktiv ausgelöst. Als auslösende Momente werden bei KINKELIN jedoch keine Todesfälle aufgeführt sondern hauptsächlich langdauernde Sorgen und Konflikte. Anhand weiterer Untersuchungen stellte sie fest, daß es keine speziellen Auslösungsfaktoren für Manien oder Depressionen gibt. Ein Teil ihrer Patienten reagierte wiederholt auf exogene Faktoren mit depressiven oder manischen Erkrankungen.

Bei BLANKENBURG trat bei 7 Patienten die manische Phase im Anschluß an einen Todesfall in der Familie ein. Die übrigen situativen Anlässe waren meist ernstliche, geschäftliche Sorgen, finanzielle Bedrängnisse, Davonlaufen des Bräutigams und Ähnliches, also allgemein akute Mehrbelastungen, wogegen eine Manie nach eindeutiger Entlastung nicht vorkam.
Daher spricht BLANKENBURG auch von einer Belastungsmanie, in Analogie zur Entlastungsdepression im Sinne von SCHULTE (1951).
Der bei WEITBRECHT (1960) berichtete Fall eines Patienten mit zwei durch beglückende Erlebnisse ausgelöste manische Phasen, soll hier nicht unerwähnt bleiben, er dürfte aber doch eine große Seltenheit darstellen.
Bei Betrachtung der gesamten Literatur scheint uns das wichtigste Ergebnis zu sein, daß, wenn eine Manie reaktiv ausgelöst wird, dann im allgemeinen durch betrübliche Ereignisse und nicht durch erfreuliche.

III Methodik

Von den Manien der Jahrgänge 195o - 1967 der Tübinger Nervenklinik wurden nur die diagnostisch eindeutigen Fälle berücksichtigt. Die folgenden Angaben stützen sich bei den meisten Fällen auf Krankengeschichten und zum kleineren Teil auf eigene Explorationen. Insgesamt handelt es sich um 1o1 Patienten. Auf die Jahrgänge 195o - 196o entfallen dabei 39 Patienten, auf die Jahrgänge 1961 - 1964 33 Patienten und auf die Jahrgänge 1965 - 1967 29 Patienten.

Tabelle I

Manische Patienten der Jahrgänge von 195o - 1967

	Männer	Frauen	gesamt	Diagnosen pro Jahr
195o - 196o	25	14	39	3,5
1961 - 1964	16	17	33	8,2
1965 - 1967	1o	19	29	9,3
insgesamt:	51	5o	1o1	5,6

Auffallend ist, daß ab 1961 in der Tübinger Nervenklinik die Diagnose einer Manie wesentlich häufiger gestellt wurde als in den Jahren zuvor. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich in einer Verschiebung in der Diagnostik der endogenen Psychosen durch einen Wechsel in der Leitung der Klinik. Um eine sichere Aussage darüber machen zu können, ob eine Belastung oder ein Konflikt vor der Psychose bestand und zu deren Auslösung beigetragen haben kann oder nicht, ist sehr schwer. Wir haben keinen sicheren Maßstab zur Bestimmung der pathogenen Wertigkeit von Erlebnissen, wir wissen auch nicht, welche psychischen oder somatischen Belastungen welche Psychosen auslösen können. Auch nicht die Unmittelbarkeit des zeitlichen Zusammenhanges ist ein sicheres Kriterium. Denn wie wir wissen, muß eine Psychose nicht direkt an ein auslösendes Moment anschließen, sondern es kann durchaus eine längere Latenzperiode dazwischen liegen. Die größte Schwierigkeit liegt darin, daß wir bei den meisten Fällen nicht genug über die Biographie, Situation und Erlebnisse der Patienten erfahren um eindeutig zur Frage der Auslösung Stellung nehmen zu können. Häufig war es auch außerordentlich schwierig abzugrenzen, ob ein Konflikt, der der Psychose vorausging, auslösend für diese Psychose war, oder ob die Konfliktsituation durch die psychotische Veränderung entstanden war.

Um diesem Problem der Beurteilung (wenigstens) in etwa gerecht zu werden, haben wir eine Unterteilung in wahrscheinliche und weniger wahrscheinliche (jedoch nicht auszuschließende) Veranlassungen vorgenommen.
Als weniger gesicherte Zusammenhänge erschienen und z.B. Ereignisse, wie eine mehrere Wochen zurückliegende Hormonbehandlung, Überarbeitung, eine vorausgegangene Commotio, Schwangerschaft, Umzug in eine neue Wohnung und geschäftliche Schwierigkeiten des Ehepartners. Dennoch haben wir einige Belastungssituationen gefunden, bei denen wir annehmen können,

dass sie ein gewisses Wertmaß im inneren Erlebnisgefüge des Patienten darstellen und somit auslösend für eine manische Psychose gelten können. Über wahrscheinliche und wenig wahrscheinliche Auslösungsfaktoren seien in dem Kapitel Kasuistik einige Fälle berichtet.

Neben der Frage nach der Auslösung haben wir zusätzlich noch nach allgemein klinischer Prüfung folgende Punkte untersucht: Das Alter, in dem zum ersten Mal eine manische Phase aufgetreten ist, den Intelligenzgrad, den wir anhand von Krankengeschichten und des eigenen Eindrucks beurteilten, die Phasenhäufigkeit, die Psychoseart, den Familienstand, und die prämorbide Persönlichkeitsstruktur.
Zur Kennzeichnung unserer Patientengruppe seien die wichtigsten Daten aufgeführt:
Alter: 34 Patienten standen im 3. Lebensjahrzehnt, 39 Patienten im 4. und 5. Lebensjahrzent, 28 im 6. Lebensjahrzent.
Intelligenz: Die folgenden Angaben beruhen auf der biographischen Anamnese und im Eindruck während der klinischen Behandlung, sie sind nicht durch Testbefunde verifiziert. 32 Patienten erschienen überdurchschnittlich intelligent, ebenfalls 32 Patienten durchschnittlich intelligent, 9 unterdurchschnittlich, während bei 20 keine sichere Aussage gemacht werden kann.
Zur Phasenhäufigkeit im bisher beobachteten Verlauf: 35 Patienten mit 1-2 Phasen, 49 Patienten 3-5 Phasen, 17 mit mehr als 5 Phasen.
Verlaufsform: 37 Patienten hatten nur manische Phasen, davon 10 Patienten mit teilweise atypischer Symptomatik; 64 Patienten hatten manische und depressive Phasen, bei 8 von ihnen

war die manische Symptomatik von atypischen Symptomgestaltungen begleitet.
Familienstand: 22 Patienten waren ledig, 66 verheiratet, 6 verwitwet oder geschieden, bei 7 fehlten sichere Angaben.
Prämorbide Persönlichkeit: Auch diese Angaben erfolgen auf Grund der üblichen Anamnese-Erhebungs und Persönlichkeitsschilderung im Krankenblatt: 22 Patienten erschienen ausgeglichen, warmherzig und schwingungsfähig; 16 Patienten waren dem sensitiven oder schizoiden Persönlichkeitstyp zuzuordnen, 24 zeigten hyperthyme Persönlichkeitszüge. Bei dem Rest war die Persönlichkeit nicht genauer zu bestimmen. Eine familiäre Besastung wurde bei 41 Patienten eruiert, während 60 angaben, es seien keine Psychosen in der Familie vorgekommen. Diese Zahlen müssen mit den bekannten Vorbehalten einer einfachen klinischen Befragung verwertet werden.

IV Ergebnisse

1. Kasuistik

Zunächst sollen 6 Krankengeschichten kurz referiert werden, bei denen die Auslösung einer manischen Phase als relativ gut gesichert erschien und zwei weitere Fälle, bei denen wir die Auslösung als wenig gesichert ansahen.

1. Friedrich P. 43 Jahre

Von einer familiären Belastung ist nichts bekannt. Geburt und frühkindliche Entwicklung sind unauffällig.
Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur wird als aktiv, lebendig tier- und naturliebend beschrieben.
Er lebt in harmonischer Ehe, die aber trotz großem Kinderwunsch kinderlos blieb. Beruflich kam er als leitender Angestellter gut voran. Religiös war er nicht engagiert. Im 33. Lebensjahr wurde ein Bluthochdruck festgestellt. Der Patient wurde deswegen ständig medikamentös behandelt, zuletzt mit "Darebon". Nach 4 tägiger Einnahme dieses Medikamentes und brüsker Senkung des Bluthochdruckes wurde er erhöht umtriebig, litt an Schlaflosigkeit und wurde manisch mit religiös motiviertem Glücksgefühl.

Bei der stationären Aufnahme zeigte er eine deutliche Antriebssteigerung und Enthemmung. Der Gedankengang war leicht ideenflüchtig aber noch geordnet.

Er wurde mit "Haloperidol", "Taxilan" und "Akineton" behandelt. Der Patient wurde nach zweimonatiger stationären Behandlung gebessert entlassen, ohne daß er zu einer Krankheitseinsicht kam.

Epekrise: 43 jähriger, familiär nicht belasteter Patient. Seit lo Jahren Hochdruck. Er wird mit einem neuen Blutdrucksenkendem Mittel ("DAREBON") behandelt, welches

den Blutdruck abrupt senkte. Vier Tage darauf trat eine Manie auf. Unter Neuroleptica Besserung und Entlassung nach 2 Monaten. - Der auslösende Faktor ist hier nicht in einer psychotropen Wirkung des Pharmakon (Darebon enthält das Neuroleptikum Reserpin!), sondern in der Blutdrucksenkung und deren Auswirkungen zu sehen.

2. Elisabeth L. 28 Jahre

Eine Großmutter war manisch-depressiv. Eine Cousine II. Grades soll geisteskrank gewesen sein. (Schizophrenie)?.
Geburt und frühkindliche Entwicklung unauffällig.

Mit 2o Jahren machte sie einen Suicidversuch ohne ersichtlichen äußeren Anlass. Auch danach fiel eine leichte depressive Stimmung auf. Während sie ihrem Mann kennenlernte trat die erste manische Phase auf. Die Ehe wurde sehr schwierig, der Mann war eigenbrötlerisch und egozentrisch, und die Patientin war ständigen Spannungen ausgesetzt. Sie geriet daraufhin in eine depressive Phase. 6 Jahre nach der Eheschließung entschloß sie sich zur Trennung. In dieser Zeit geriet sie in eine ausgeprägte manische Phase. Sie war gehobener Stimmungslage mit wechselnd leichten depressiven Schwankungen. Z.T. wies sie auch gereizte Züge auf. Sie machte große Geldausgaben, beschenkte andere in großzügigster Art, sprach viel über sexuelle Themen und hatte ein geringes Schlafbedürfnis. In der Klinik wurde sie mit Protactyl und Phasein behandelt. Während der Behandlung traten depressive Schwankungen auf. Nach zweimonatiger Behandlung wurde die Patientin in gebessertem Zustand, jedoch noch nicht völlig ausgeglichen, auf eigenen Wunsch entlassen.

Epikrise: 28 jährige Patientin, familiär mehrfach belastet, wurde mit 22 Jahren, während sie ihren Mann kennenlernte manisch. Während der unglücklichen Ehe hatte sie eine depressive Phase. Nach der Scheidung brach

eine typische manische Phase aus.

3. Lena H. 7o Jahre

Eine Nichte leidet an depressiven Verstimmungen. Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig. Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur wird als heiter, offen, gutmütig und sehr kontaktfreudig beschrieben.
Mit 3o Jahren erlitt sie zum ersten Mal einen depressiven Verstimmungszustand und zwar nach der Geburt des 2. Kindes. Mit 44 Jahren wurde eine Röntgenkastration wegen Metrorrhagien durchgeführt. Seit dieser Zeit traten häufiger depressive Verstimmungen auf, besonders in den Herbstmonaten.

Mit 68 Jahren wurde wegen eines schweren depressiven Verstimmungszustandes eine Klinikaufnahme notwendig. Es folgte eine leichte hypomanische Nachschwankung.

Im Alter von 7o Jahren trat zum ersten Mal eine manische Phase auf. Die Patientin hatte im Haushalt der Tochter gearbeitet, da diese abwesend war. Nachdem die Tochter wieder zurückgekehrt war und ihre Hilfe nicht mehr gebraucht wurde, fühlte sie sich abgesetzt und nutzlos. Direkt daran anschließend wurde sie umtriebig und fiel durch große Beredtsamkeit und Schlaflosigkeit auf. (Letztere war auch schon während der Beschäftigung im Haushalt aufgetreten). Auch war die Patientin im Gegensatz zu früher gereizt und unduldsam.
In der Klinik war sie freundlich zugewandt, zeitweilig aber gereizt, sehr mitteilsam, was sich auch in unermüdlichen Briefe schreiben äußerte. Die Patientin wurde mit Megaphen behandelt und in ausgeglichener Stimmungslage entlassen.

Epikrise: 7o jährige, familiär belastete Patientin, die schon seit dem 3o. Lebensjahr depressive Schwankungen gezeigt hatte, versorgt während der Abwesenheit der Tochter deren Haushalt. Als diese ihn wieder übernehmen kann, fühlt sich die Mutter abgesetzt und überflüssig.

Daraufhin tritt ein typisches, manisches Zustandsbild auf, mit Rededrang, motorischer Unruhe und Gereiztheit.

4. I.K. 44 Jahre

Eine Cousine der Patientin war schizophren und wurde zwangssterilisiert.
Die Geburt dauerte sehr lange, angeblich hatte sie ein Geburtsgewicht von 3 1/2 Pfund. Die frühkindliche Entwicklung war unauffällig. Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur wird als vital und aufgeschlossen bezeichnet. Sie blieb ledig und hatte dreimal lockere Beziehungen zu Männern. Mit 35 Jahren traten zwei epileptische Anfälle auf, beide unter extremen Belastungssituationen, davon der eine unter einer angeblichen Viruscaphalitis. Mit 37 Jahren trat im Zusammenhang mit einer besonderen beruflichen Belastung die erste manische Pahse auf, die mit 7 Elektrokrämpfen behandelt wurde. Da die Cousine an einer Schizophrenie litt, befürchtete auch die Patientin schizophren zu werden. Zum Ehemann dieser Cousine trat sie in intime Beziehungen. Sie glaubte dies vor ihr geheim gehalten zu haben. Die Cousine erkrankte an einem Carcinom. Auf dem Totenbett sagte sie zu ihrem Mann und zwar in Anwesenheit unserer Patientin, er möge ihr auch über den Tod hinaus treu bleiben und keine anderen Beziehungen unterhalten. Darauf starb sie. Unsere Patientin reagierte zunächst mit schweren Schuldgefühlen, hatte dann flüchtig den Wahn von dem Ehemann vergiftet und vom Arzt der Verstorbenen "sexualisiert" zu werden. Daraufhin wurde sie erregt und mit dem Bild einer ausgeprägten Manie in die Klinik aufgenommen.

Epikrise: 44 jährige cyclothym strukturierte, ledige Patientin mit familiärer Belastung, trat in intime Beziehungen zum Ehemann ihrer Cousine und glaubte dies vor ihrer Cousine geheimgehalten zu haben. Als die Cousine starb und auf dem Totenbett ihren Mann bat, ihr über den Tod hinaus

treu zu bleiben, geriet die Patientin in schwere Schuldgefühle, wurde erregt und reagierte mit dem Bild einer Manie.

5. Heide I. 26 Jahre

Eine Schwester litt unter cyclothymen Schwankungen. Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig. Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur wird als lustig und tatkräftig beschrieben.

Schon vor der Ehe, während ihrer Jugendzeit, litt die Patientin wiederholt an leicht manisch- und depressiven Schwankungen. Mit 2o Jahren heiratete sie und bekam 4 Kinder. Der Ehemann ist sehr ruhig und zurückhaltend, die Ehe ist gut.

Am Steuer ihres Autos verursachte sie einen Unfall, bei dem sie selbst eine leichte Commotio erlitt, eines ihrer mitfahrenden Kinder aber tödlich verletzt wurde und ein weiteres eine Contusio davontrug. In der Chirurgischen Klinik war die Patientin auffallend ruhig und leicht depressiv. Am 2. Tag nach dem Unfall wurde ihr der Tod des einen Kindes mitgeteilt. Zuerst zeigte sie eine ganz adäquate Reaktion, doch wenige Stunden später bestand das Bild einer ausgeprägten Manie, so daß sie in die Nervenklinik verlegt werden mußte. Wenn man sie darauf ansprach, wußte sie, daß ihr Kind tot war, es fehlte jedoch jede entsprechende affektive Resonanz. Die Patientin war heiter, ausgelassen und umtriebig. Nach vier Wochen schlug die Verstimmung in eine Depression um und nach zwei weiteren Wochen war sie wieder ausgesprochen manisch. Zuletzt überwog jedoch die depressive Grundstimmung, die auch bei der vorzeitigen Entlassung bestand.

Epikrise: 26 jährige familiär belastete Frau mit leichten Stimmungsschwankungen ohne ausgeprägte Phasen. Als sie nach einem selbstverschuldeten Autounfall vom Tod des mitfahrenden Kindes erfährt, tritt

Stunden später das typische Bild einer Manie auf. Sie steht dem Tod ihres Kindes völlig affektslos gegenüber. Anschließend wird sie depressiv, dann noch einmal manisch.

Beim folgenden Fall schien uns eine Phase als wenig gesichert, da der zeitliche Zusammenhang zwischen einem Umzug und dem Ausbruch einer Phase einen Monat später zu unsicher war. Bei der nächsten manischen Phase, die sich direkt an eine Cholecystektomie anschloß, sahen wir jedoch die Zusammenhänge als gesichert an, da der Ausbruch der Phase direkt auf den chirurgischen Eingriff folgte.

6. Erich R. 63 Jahre

Von einer familiären Belastung ist nicht bekannt. Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig. Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur wird als lebensnah und aktiv beschrieben.

Im Alter von 33 Jahren machte er die erste manische Phase durch, der eine depressive Nachschwankung folgte. Mit 55 Jahren folgte die 2. manische Phase, die erneut zur Klinikaufnahme führte. Beide Phasen brachen ohne ersichtlichen äußeren Anlaß aus. Dann folgte 1963 im Alter von 6o Jahren wieder eine manische Phase und zwar im Anschluß an einen Umzug in den eigenen Neubau, der viel Arbeit und Aufregung mit sich brachte. Schon während des Umzugs wurde der Patient schlaflos und umtriebig. Ein Monat nach dem Umzug hatte sich jedoch das Krankheitsbild so verschlechtert, daß er wieder mit dem typischen Bild einer Manie stationär aufgenommen werden mußte. Unter medikamentöser Behandlung mit Psyquil und Dominal besserte sich zunächst der Zustand in knapp zwei Monaten soweit, daß er in ausgeglichener Stimmungslage entlassen werden konnte.
Die nächste manische Phase folgte drei Jahre später. Wenige Tage nach einer Cholecystektomie, noch während des stationären Aufenthaltes, wurde er so umtriebig, daß er in die

Nervenklinik verlegt werden musste. Wie bei den anderen Phasen war er gereizt und motorisch sehr unruhig. Nach dem sich der psychische Zustand unter der neuroleptischen Behandlung bald gebessert hatte, verstarb der Patient, da sich eine Gallengangsfistel gebildet hatte, an einer galligen Peritonitis.

Epikrise: 63 jähriger, familiär nicht belasteter Patient, der seit dem 33 Lebensjahr manische und auch depressive Phasen aufzuweisen hatte, wurde mit 6o Jahren erneut manisch und zwar 1 Monat nach dem Umzug ins neuerbaute Haus. Drei Jahre später folgte die nächste manische Phase, die sich direkt an eine Cholecystektomie anschloß.

Um noch zu verdeutlichen, was wir unter wenig wahrscheinlichen Auslösungen verstehen, seien folgende Beispiele referiert.

7. Friederike M.-O. 31 Jahre

Eine Schwester der Mutter starb durch Suicid, der Grund wurde nicht bekannt.
Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig.
Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur wird als lustig und heiter beschrieben; jeder mochte sie gern. Schon in früher Jugend traten leichte depressive Verstimmungen auf. Mit 18 Jahren machte sie einen Suicidversuch, durch einen Sprung aus dem Fenster. Dies geschah nach dem Tod ihrer Mutter.

Mit einem 26 Jahre älteren Mann verheiratet, lebt sie in guter Ehe, die jedoch kinderlos blieb. Auch in dieser Zeit noch leidet sie in unregelmäßigen Zeitabständen an depressiven Verstimmungen, die z.T. nur wenige Stunden andauern.

Mit 31 Jahren erlitt sie als Beifahrerin einen Verkehrsunfall, durch den sie in einen "psychischen" Schock geriet, sonst aber

nicht verletzt wurde. 3 Wochen später wurde sie umtriebig und reagierte mit den typischen Zeichen einer Manie. Sie wurde daraufhin stationär aufgenommen und mit Decentan, Neurocil, Atosil und Akineton behandelt. Der Zustand besserte sich soweit, daß sie nach 2 1/2 Monaten entlassen werden konnte.

Epikrise: 31 jährige Patientin von heiterer Wesensart mit wiederholten, leichteren depressiven Verstimmungen. 3 Wochen nach einem Verkehrsunfall erkrankte sie an einer Manie.

Wegen des Fehlens von Verletzungen und wegen des Intervalls von 3 Wochen zwischen Unfall und Manie, halten wir einen Zusammenhang für weniger wahrscheinlich, als in den vorausgegangenen Fällen, aber doch nicht für ausgeschlossen, zumal wir über die psychische Verarbeitung des Unfalls und dessen Auswirkungen auf die psychosoziale Situation der Patientin nichts bestimmtes wissen. Die heftige, unmittelbare Reaktion (psychischer Schock) lässt eine abnorme Reaktionsweise, mit der möglicherweise auch der Ausbruch der Manie in Verbindung steht, wohl vermuten , nicht aber sicher erscheinen.

8. Sabine T. 4o Jahre

Eine Schwester der Mutter wurde mit 18 Jahren in eine Heilanstalt eingewiesen und starb dort nach 11 Jahren. Der Großvater mütterlicherseits war Potator und suicidierte sich durch Erhängen.

Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig. Prämorbid wird die Patientin als temperamentvoll, aktiv und gemütsvoll beschrieben.

Die Patientin heiratete mit 21 Jahren einen Geschäftsmann. Die Ehe war gut; allerdings war sie ständig von Eifersucht geplagt, allein schon wegen der vorehelichen Beziehungen ihres Mannes. Aus der Ehe gingen 2 Kinder hervor, durch die sie, wie auch durch das gut florierende Geschäft ständig

stark beansprucht wurde.
Mit 36 Jahren tauchte ein ehemaliger Freund auf, zu dem sie als 16-jährige Kontakte hatte. Sie nahm erneut intime Beziehungen auf, wobei sie sich in Schuldgefühle verstrickte. In diesem Konflikt griff sie zum Alkohol. Sie wurde unstet und unberechenbar in ihren Äußerungen und litt an Schlaflosigkeit. Nachdem sich der Alkoholkonsum immer mehr steigerte und sie für die Familie untragbar wurde und sich diese Situation über 5 Jahre hinzog, erkrankte sie an einer typischen Manie. Unter reiner Sedativbehandlung klang die manische Erregung ab. In psychotherapeutischen Gesprächen wurde ihre Konfliktsituation bearbeitet. Während der 2 monatigen stationären Behandlung blieb sie abstinent.

Epikrise: Die 4o jährige, cyklothym strukturierte Patientin mit familiärer Belastung nahm nach 15 jähriger Ehe intime Beziehungen zu einem Jugendfreund auf. Auf Schuldgefühle reagierte sie zunächst mit Trinken, später als die Situation für die Familie untragbar wurde, trat eine typische Manie auf.

Ähnlich wie im vorausgegangenen Beispiel, fehlt auch hier der unmittelbare zeitliche Zusammenhang. Man könnte zwar mit der Zuspitzung der familiären Spannungen argumentieren, jedoch bleibt diese Beweisführung der Auslösung fragwürdig; wir können einen Zusammenhang nicht ausschließen, ihn andererseits aber nicht als gut belegt bezeichnen.

2.) Statistische Befunde

Über die Häufigkeit der manischen Phasen insgesamt und den Anteil der somatischen oder psychoreaktiv ausgelösten Phasen informiert Tabelle 3.

Von 101 Patienten (51 Männern und 50 Frauen), hatten 18 = (17,7%) Patienten, 20 ausgelöste manische Phasen. (2 Männer hatten jeweils 2 ausgelöste manische Phasen). Insgesamt waren es 5 Männer und 13 Frauen. Davon konnten wir 9 Phasen mit relativ sicherer Wahrscheinlichkeit als ausgelöst ansehen, (2 Männer, 7 Frauen). 2 Phasen wurden davon durch somatische Ereignisse ausgelöst, (2 Männer) und 7 durch psychische Ereignisse (7 Frauen). Dabei ist auffällig, daß bei den Männern die Phasen durch somatische Ereignisse ausgelöst wurden und bei den Frauen durch psychische. Die Auslösung einer Manie ist in unserem Material bei Frauen fast vier Mal häufiger als bei den Männern, obwohl wir bezogen auf unser gesamtes Krankengut, eine Erkrankungshäufigkeit im Verhältnis von annähernd 1:1 fanden. Wegen der kleinen Fallzahl ist diese Differenz nicht statistisch zu erhärten.
Die Männer sind in unserem Material in ihrer Psychosenauslösung durch äußere Ereignisse viel weniger beeinflußbar und durch psychische überhaupt nicht. Eine Erklärung dieser Unterschiede wissen wir nicht. Was die Häufigkeit der Auslösung im Ganzen betrifft, so erhielten wir ähnliche Prozentzahlen wie BLANKENBURG. Man kann die Annahme nicht aufrechterhalten, daß Manien in jedem Fall allein endogen bedingt sind.
Wie im Kapitel Methodik schon beschrieben, haben wir neben der Frage nach der Auslösung auch Untersuchungen zum Charakter und zur Psychosenart der Patienten durchgeführt. Es ergaben sich jedoch hierbei keine statistisch zu sichernden Unterschiede zwischen Patienten mit ausgelösten Phasen,

gegenüber den Patienten, die keine ausgelösten Phasen hatten.

Tabelle III

Auslösung manischer Phasen.
Die Zahlen der als relativ gesichert angesehenen Auslösungen sind in Klammern gesetzt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamthäufigkeit aller Phasen.

	männl.	weibl.	total
Zahl der Patienten	51	5o	lol
Zahl der manisch. Phasen während d. Beobachtungszeit insg.	89+	82+	171
somatisch ausgel. Phasen	6 (2) 6,7% (2,2%)	1 (o) 1,2 (o%)	7 (2) 4,1% (1,2%)
psychoreaktiv ausgelöste Phasen	1 (o) 1,1%(o)	12 (7) 14,6% (8,3%)	13 (7) 7,6% (4,1%)
Gesamtzahl ausgelöster Phasen	7 (2) 7,9% (2,2%)	13 (7) 15,9% (8,3%)	2o (9) 11,7% (5,3%)

+ Auf einen der männlichen Maniker entfallen zwei Phasen mit psychoreaktiver bzw. somatischer Auslösung.

Die Art der psychoreaktiven Auslösungsfaktoren, geht z.T. aus der Kasuistik hervor. Es waren insgesamt folgende Fälle: Unfallfolgen und deren psychische Verarbeitung, plötzliche Entlastung von familiären Pflichten, Ehe-und Sexualkonflikte, familiäre Konfliktsituationen, Umzug, Tod eines Kindes.
An somatischen Auslösungsfaktoren fanden wir: Schwangerschaft, cerebrale Durchblutungsstörung, Contusio, brüske Blutdrucksenkung, Unfall, Überanstrengung und Cholecystektomie.

Eine weitere Tabelle zeigt uns die Verteilung der einzelnen

Phasen auf die Jahrgänge, wobei besonders die Aufteilung der ausgelösten Phasen für uns von Interesse ist.

Tabelle IV

Häufigkeit der Diagnose Manie und der Auslösung manischer Phasen in der Universitätsnervenklinik Tübingen.

Jahrgänge:	manische Phasen v. 1o1 Patienten	ausgelöste manische Phasen	somatische Auslösung	psychoreakt. Auslösung
195o-196o	85 (7,7 jährlich)	15 (4)	5 (o)	1o (4)
1961-1964	49 (12,3 jährlich)			
1965-1967	37 (12,3 jährlich)	5 (5)	2 (2)	3 (3)
insgesamt 195o-1967	171 (9,5 jährlich)	2o (9) 11,7% (5,3%)	7 (2) 4,1% (1,2%)	13 (7) 7,6% (4,1%)

In Klammern gesetzt sind die als relativ gut belegten Auslösungen.

Aus obiger Tabelle geht hervor, daß ab 1961 wesentlich häufiger als zuvor, die Auslösung einer manischen Phase angenommen wurde. Der Unterschied ist statistisch gesichert ($p<o,o5$). Diesmuß sicherlich darauf zurückgeführt werden, daß wir durch die Veröffentlichungen von BLANKENBURG Ende 1964 noch einmal ausdrücklich auf diese Fragestellung hingewiesen worden sind, und diese Zusammenhänge mehr als vorher beachtet haben. Es fällt nun auf, daß im letzten Zeitabschnitt (1965-67) die Auslösung in

allen Fällen als realtiv wahrscheinlich angesehen wurde, was vorher nicht der Fall war. Der Grund für diese Diskrepanz liegt wiederum in der Methodik der Untersuchungen. In diesen drei Jahren haben wir die Patienten selbst untersucht und konnten uns daher ein besseres Urteil bilden über die Frage der Phasenauslösung als in den ganzen Jahrgängen zuvor, für die wir die Unterscheidung nur anhand von Krankengeschichten treffen konnten.
Man muß hieraus folgern, daß man anahnd von Krankengeschichten sehr schwer zu so einer subtilen Frage,wie der Auslösung einer Psychose Aussagen machen kann, und daß die zur Phsychosenauslösung angegebenen Häufigkeitszahlen wenig verlässlich sind. Vergleiche von einem zum anderen Untersuchungsmaterial sind kaum möglich.

V. Diskussion

Zur Häufigkeit der Auslösung manischer Phasen erhielten wir ähnliche Werte wie BLANKENBURG. In unserem Material konnen wir bei 171 manischen Phasen (von lol Patienten) 2o (19,8%) Phasen als ausgelöst betrachten. Davon waren 9 Phasen als relativ sicher ausgelöst anzusehen. BLANKENBURG hatte bei 115 Patienten 26 (22,6%), ausgelöste manische Phasen. KINKELIN erhielt in 7% der untersuchten Fälle manische Phasen, die man als ausgelöst ansehen kann. Unsere Werte liegen mit 19,8% ausgelöster Phasen in der Nähe der Werte BLANKENBURGS.(Wenn wir, wie die Autoren die ausgelösten Phasen auf die Patientenzahl beziehen).
Wir haben die auslösenden Faktoren in psychische und somatische eingeteilt. Hierbei ergeben sich einige bemerkenswerte Ergebnisse. Von unseren gesichert angesehenen ausgelösten Phasen waren zwei somatisch und acht psychisch

ausgelöst. Dabei war es besonders auffällig, daß die zwei somatisch ausgelösten Phasen beim männlichen Geschlecht vorkamen und die psychisch ausgelösten beim weiblichen Geschlecht. So stellte ja auch LANGE fest, daß psychogene Auslösungen bei Frauen dreimal so häufig anzutreffen sind wie bei Männern. Auch BLANKENBURG und KINKELIN haben in somatisch und psychisch ausgelösten Phasen unterschieden. BLANKENBURG fand 9 somatisch und 17 psychisch ausgelöste Manien. Auch hier ist ein starkes Überwiegen der psychischen Faktoren zu erkennen, allerdings wird hier nicht über die Geschlechtsverteilung berichtet. Bei KINKELIN waren gut ein Drittel (36 %) der ausgelösten Manien somatisch, 48% psychisch und 16% waren psychisch und somatisch ausgelöst. Auch hier zeigt sich ein starkes Überwiegen der psychischen Auslösung. Eine Geschlechtsverteilung war ebenfalls nicht gemacht worden.

Die psychischen Auslösungen bestanden nie in beglückenden Erlebnissen, sondern in traurigen, konfliktreichen Erlebnissen. Wie auch bei BLANKENBURG waren es bei uns häufig Todesfälle nahestehender Personen, längere Konflikte und Dauerbelastung im beruflichen wie im privaten Bereich. KINKELIN dagegen fand keine Todesfälle als auslösende Faktoren, sondern nur langdauernde Sorgen und Konflikte. So berichtet auch SCHULTE, daß diese Dauerbelastung pathogener wirken, als kurzfristige Angst- und Schreckerlebnisse.

Wenn einmal eine Phase exogen ausgelöst wurde, muß dies bei der nächsten Phase nicht wiederum so sein, wie die Verläufe unserer Patienten zeigen. Die meisten manischen Phasen, treten ohne ersichtliche Veranlassung auf.

VI. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit dem Problem der Auslösung manischer Phasen.
Im ersten Teil wird anhand der Literatur auf das Krankheitsbild der manisch-depressiven Erkrankung eingegangen. Insbesondere wird dabei über die Auslösung der Manien referiert.
Unsere Erhebungen erstrecken sich über den Zeitraum von 1950-1967. Wir erfaßten 171 manische Phasen von 101 Kranken, die zum Teil an periodischer Manie, zum Teil an bipolarer (manisch-deppresiver) Cyklothymie litten.
Bei 20 Phasen (von 18 Patienten) war eine Auslösung erkennbar. 13 Phasen wurden psychoreaktiv ausgelöst, (davon 7 relativ gesichert), 7 Phasen wurden somatisch ausgelöst (davon 2 relativ gut gesichert).
Die psychoreaktiven Auslösungsfaktoren waren überwiegend traurige Erlebnisse, Todesfälle und Konfliktsituationen. Freudige Ereignisse kamen als auslösende Faktoren nicht vor, was andere Autoren ebenfalls feststellen konnten. An somatischen Auslösungsfaktoren wurden folgende Ereignisse gefunden: Ein operativer Eingriff, wie zum Beispiel eine Cholecystektomie, brüske, durch ein Medikament bedingte Blutdrucksenkung, Schädelhirntraumata.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

BINSWANGER, L — Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie
Stuttgart: S. Hirzel 1949

BINSWANGER, L — Melancholie und Manie
Pfullingen, G.Neske 1960

BLANKENBURG, W. — Die Manie W.Schulte (Herausg.): Almanach für Neurologie und Psychiatrie. München, Lehmanns 1967

BLEULER, E. — Lehrbuch der Psychiatrie
10. Aufl.,Heidelberg New York:Springer 1960-1965

BONHOEFFER, K. — Diskussionsbemerkung
in:Mschr.Psychiatr. 33, 345 (1928)

BOSTROEM, A. — Zur Frage der verworrenen Manie
Arch. Psychiatr. 76. 671 - 703 (1926)

BUMKE, O. — Über die Umgrenzung des manisch depressiven Irreseins.
Zbl. Nervenk. Nf. 20, 381 (1909)

BUMKE, O. — Lehrbuch der Psychiatrie.
7. Aufl. Berlin, Göttingen,Heidelberg: Springer 1948

GRIESINGER, W. — Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.
2. Aufl. ,Stuttgart: Adolph Krabbe 1861

HÄFNER, H. — Struktur und Verlaufsgestalt manischer Verstimmungsphasen.
Jb.Psychol.Psychother. 9, 196 - 216 (1962)

HENDERSON, D. — A Text Book of Psychiatry.
Oxford: University Press 1951

KINKELIN, M. — Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins.
Shhweiz. Arch.Neurol.73, 100-147 (1954)

KRAEPELIN,E. Über den Einfluß akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Arch. Psychiatr. 11, 137 - 18o (1881)

KRETSCHMER, E. Körperbau und Charakter 25. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1967

LANGE, J. Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch depressive Konstitution. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 6, Berlin: Springer 1928

LANGE, J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin: Springer 1922

LUNDQUIST, G. Prognosis and course in manic-depressive Psychosis. Acta Psychiatr., Neurol. kbvn, Supplement 3o, 5, (1945) zit. Kinkelin, M.

LUXENBURGER, H. Psychiatrische Erblehre (Teil 1) München, Berlin: JF Lehmannsverlag 1938

MATUSSEK, P Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen. Arch. Psychiatr. 197, 91 - 12o (1958)

MAYSER, Beitrag zur Lehre der Manie Arch.Psychiatr., 31, 5oo - 5o2 (1899)

MENDEL, E Die Manie, Wien,Leipzig: Urban und Schwarzenberg 1881

MEYER, H.-H. u. BÖTTINGER, R. Arch. Psychiat., Nervenklinik 196, 4 (1957)

MEYNERT, Th. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien: Wilh. Braumüller 189o

MÜLLER, M. Prognose u. Therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig: Thieme 1936

NOYES, A.P. Modern clinical psychiatry 3 rd Saunders Co., 1951 zit.Kinkelin

PICK, A. Zirkuläres Irresein. Realenzyklopädie d. ges. Heilkunde 3. Aufl. Bd. 4, 1894 zit. Saiz-

PILCZ, Lehrbuch der speziellen Psychiatrie 2. Aufl. Leipzig und Wien: Franz Deuticke 1909

POLLOCK, H.M. Recurrence of attack in manic-depressive psychosis. Amer.J.Psychiatr. 11, 567 - 574. (1931-1932)

RENNIE, TH.A.C. Prognosis in manic-depressive psychosis. Amer.J.Psychiatr., 98. 801-814, (1941-1942)

SAIZ, G. Untersuchungen über die Ätiologie der Manie, der periodischen Manie und des zirkulären Irreseins, nebst Besprechung der Krankheitssymptome. Berlin: S. Karger 1907

SCHILDER, P. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 6, Berlin: Springer 1928, zit. J.Lange

SCHNEIDER, K. Klinische Psychopathologie. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme 1962

SCHNEIDER, K. Über reaktive Manie und Angstmanie. Mschr.Psychiatr., 46, 176 - 180 (1919)

SCHRÖDER, P. Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Berlin: S Karger 1920

SCHULTE, W. Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Nervenarzt 22, 140 - 149, (1951)

SCHULTE, W. Endogene Psychosen. Einführung in die Unfall- u. Rentenbegutachtung, v.M. Reichardt, 4. Aufl. Stuttgart: Gustav Fischer, 1958

SCHULTE, W. Melanchonische Phase und depressive Erlebnissreaktion. In W.Schulte (Herausg.): Almanach f. Neurologie u. Psychiatrie 1961 München, Lehmanns

STRANSKY, E. Das manisch-Depressive Irresein. Handbuch der Psychiatrie, v.G. Aschaffenburg, Leipzig und Wien: Franz Deuticke 1911

TELLENBACH, H. Zur situationsphsychologischen Analyse des Vorfeldes endogener Manien. Jb. Psychol. Psychotherapie med. Anthropol. 12, 174 (1965)

WEITBRECHT, H.J. Depression und manische Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2 Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960

WALTER, K. Über manisch-depressive Psychosen nach stumpfen Hirntraumen. Nervenarzt 24, 493 (1953)

WESTPHAL, A. Manie. In Binswanger u. Simmerling: Lehrbuch der Psychiatrie 3. Aufl. Jena, Fischer 1911

ZEH, W. I Zur Psychopathologie der zyklothymen Manie. Fortschr. Neurol., 24. 149 - 165 (1956)

ZEH,W. II Über das alterseigentümliche Erscheinungsbild der zyklothymen Manie. Fortschr. Neurol., 24, 434 - 444, (1956)

ZUTT. J. Die affektiven Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1/2 Berlin, Göttingen, Heidelberg,: Springer 1963

Lebenslauf

Am 19. Dezember 1939 wurde ich, Heide Fritz geb. Paul, in Böblingen als Tochter des Oberamtsrates Otto Paul und seiner Ehefrau Margot geb. Szurmant geboren.

Ich besuchte in Böblingen die Volksschule und das Gymnasium bis zur 7. Klasse. Die letzten beiden Schuljahre besuchte ich in Stuttgart das ev. Mörikegymnasium für Mädchen, wo ich am 11. April 1961 die Reifeprüfung bestand.

Im Sommersemester 1961 begann ich mit dem Medizinstudium an der Universität Tübingen. Im Sommer 1962 legte ich das Vorphysikum und im Frühjahr 1964 die ärztliche Vorprüfung ab. Das Sommersemester darauf studierte ich in Hamburg. Danach kehrte ich nach Tübingen zurück und bestand dort am 25.7.1967 das medizinische Staatsexamen. Nach der Medizinalassistentenzeit erhielt ich die ärztliche Approbation im Dezember 1969.